Separat-Abdruck aus dem Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatri.

Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte.

Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 5. Dezember 1891.

Von Dr. CLEMENS NEISSER, zweitem Arzte an der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus.

Meine Herren!

Die Irrenärzte stimmen seit langer Zeit in der Beobachtung überein, dass eine, wenn auch nicht ganz kleine, so doch begrenzte Gruppe von Geisteskranken sich dadurch auszeichnet, dass dieselben logisch gegliederte, unter sich zusammenhängende Wahnideen produciren, im Uebrigen aber korrekte psychische Leistungen zu verrichten im Stande sind. Ein so beschaffener Krankheitszustand kann in seinen wesentlichen Zügen unverändert durch Jahrzehnte, bis an das Lebensende andauern.

Die praktische Erkennung und Beurtheilung typischer Fälle ist anscheinend niemals auf Schwierigkeiten gestossen. Anders steht es mit der wissenschaftlichen Betrachtung und Abgrenzung dieser Krankheitsform.

In noch nicht allzuweit zurückliegender Epoche beschränkte sich das Studium des Falles auf die Ermittelung der „fixen Idee“; die pathogenetische Frage wurde kaum aufgeworfen.

Später herrschte, in Deutschland wenigstens, unter Griesinger's Einflusse die Lehre, dass der in Rede stehende Krankheitszustand, die sogenannte „Verrücktheit“, ein sekundärer sei, welchem stets eine Affekts- oder Gemüthskrankheit, in der Regel eine Melancholie vorangehe. Diese erzeuge einen

Zustand von geistiger Schwäche, welche als die Vorbedingung für die Entwicklung und Fixirung von Wahnideen zu erachten sei.

Die Griesinger'sche Doktrin enthält, wie man sieht, einen empirischen und einen spekulativen Antheil. In der Weiterentwicklung der Lehre von der „Verrücktheit" haben diese beiden verschiedenartigen Componenten derselben ein verschiedenes Schicksal erlitten.

Die vermeintliche Erfahrungsthatsache, dass der Verrücktheit ein melancholischer Zustand vorhergehe, aus welchem sich jene erst sekundär herausbilde, wird jetzt ziemlich allgemein für irrthümlich erachtet, nachdem Snell, Sander und Andere entgegenstehendes Beobachtungsmaterial veröffentlicht und Westphal die scharf formulirte These ausgesprochen hat, dass die Verrücktheit sich niemals aus einer reinen Melancholie entwickle. Die theoretische Behauptung jedoch, dass die Entwicklung von fixirten Wahnideen eine psychische Schwäche, eine Einbusse an kritischer Fähigkeit zur Voraussetzung habe, ist zu einer fable convenue geworden, welche, obschon ihr die ursprünglich angenommene empirische Grundlage entzogen ist, noch heute in den Darstellungen vieler Autoren sich fortspinnt.

Späterhin sind die Ansichten, welche Westphal vorgetragen hat, für die Mehrzahl der deutschen Fachgenossen zur diagnostischen Richtschnur geworden. Er sagt wörtlich: „Das Wesentliche bei der Verrücktheit ist der abnorme Vorgang im Vorstellen; in der Sphäre der Vorstellungen (mit oder ohne entsprechende Sinnesdelirien) spielt sich der Vorgang ab und der allgemeine Inhalt dieser krankhaften Vorstellungen bleibt sich immer gleich." Dieselben tragen stets, wie aus dem Zusammenhange des Ganzen hinzugefügt werden muss, den allgemeinen Charakter des Verfolgungs- bezw. Grössenwahns.

Die Methode, welche Westphal bei seiner klinischen Untersuchung in Anwendung gezogen hat, war offenbar die, dass er, um die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes zu ermitteln, über eine möglichst grosse Zahl von Krankheitsfällen im Geiste vergleichende Ueberschau hielt. Auf diese Weise fand er neben bedeutsamen Unterschieden hinsichtlich der Entwicklung und symptomatischen Ausgestaltung der Einzelfälle in den oben bezeichneten Punkten eine generelle Uebereinstimmung, und diese wurde für ihn nunmehr massgebend, um hierin das Wesentliche des Krankheitsprozesses zu erblicken.

Es scheint mir berechtigt zu sein, einen anderen Modus der Betrachtung zu wählen, um die klinische Werthigkeit der verschiedenen Symptome zu bemessen.

Zur Beurtheilung nosologischer Fragen empfiehlt es sich, in erster Linie solche Fälle heranzuziehen, deren Symptome sich als möglichst eindeutige und einfache darstellen. Dieser Grundsatz, welcher die Ausbildung einer wissenschaftlichen Gehirnpathologie erst ermöglicht hat, sollte auch in der Psychiatrie herrschend werden.

Es giebt nun, wenn auch selten, Fälle, welche durch Jahre hindurch als einzige Krankheitsäusserung einen systematisirten Verfolgungswahn erkennen lassen. Diese mögen deshalb den paradigmatischen Ausgangspunkt für unsere klinische Betrachtung abgeben.

Natürlich bildet nicht der Wahn selbst das Objekt für die Krankheitsanalyse, sondern der die Wahnbildung bedingende Prozess. Die Wahnbildung ist eine unablässige. Wenn auch bestimmte Wahnideen zähe festgehalten werden und somit fixirt erscheinen mögen, ein Wahn bleibt niemals unverändert; in jedem Augenblick wird er umgeformt, erweitert, ausgebaut, und es lässt sich unschwer erkennen, dass hierbei beständig der gleiche fehlerhafte Denkvorgang sich abspielt. Dieser fehlerhafte Denkvorgang bekundet sich in der Weise, dass die Kranken in affektfreiem Zustande, ohne ihr Wissen und Wollen, die ihrem Bewusstsein sich darbietenden Vorstellungen als in besonderer Beziehung zur eigenen Person stehende auffassen. Dass dies thatsächlich und ausnahmslos, wenn auch nicht fortwährend mit der nämlichen Lebhaftigkeit geschieht, lehrt die klinische Beobachtung.

Dieser Zustand ist von Meynert mit einem sehr treffenden Terminus als Beachtungswahn gekennzeichnet worden. Ich möchte aber lieber von krankhafter Eigenbeziehung reden, und zwar scheint mir dieses Wort aus mehreren Gründen den Vorzug zu verdienen. Erstens ist diese Bezeichnung eine mehr phänomenologische; sodann führen lebhafte Affekte[1]) gleichfalls eine Steigerung der Eigenbeziehung mit sich, ohne dass darum eine Wahnbildung die Folge zu sein brauchte, und ferner könnte der Ausdruck: Beachtungswahn leicht zu der missverständlichen Auffassung Veranlassung geben, als ob eine bewusste Reflexion dabei im Spiele wäre. Dies ist aber nicht der Fall, sondern für den Kranken subjektiv handelt es sich um unmittelbare Thatsachen der Erfahrung. Die krankhafte Eigenbeziehung fälscht in einer für den Patienten selbst vollkommen unbewussten Weise die sinnliche Wahrnehmung ebenso wie die Reproduktion und wird dadurch die Quelle für seine formell zwar korrekt und logisch gearbeiteten, nicht selten sogar scharfsinnigen, inhaltlich aber falschen und irrigen Gedankengänge, welche eben das Wahnsystem repräsentiren.

Das Wahnsystem ist also ein sekundäres Erzeugniss der Krankheit und in seinem oft recht komplicirten Gefüge durch normale psychische Arbeit vermittelt; die gesteigerte Eigenbeziehung dagegen ist der unmittelbare psychische Ausdruck der krankhaften Störung, ist ein primäres oder direktes pathologisches Symptom.

Es ist sehr wichtig, eine solche Unterscheidung zu machen. Dieselbe muss überall da Platz greifen, wo Bewusstseinsvorgänge ins Spiel kommen. In der thatsächlichen Nichtbeachtung dieses natürlichen Sachverhältnisses scheint mir ein Hauptgrund dafür gelegen zu sein, dass sich psychiatrische Krankheitsbeschreibungen vielfach von denen anderer medicinischer Fächer eigenartig und, wie man wohl sagen muss, ungünstig abheben. Wenn wir in Lehrbüchern die sorgsamsten Detailschilderungen, mitunter mit geradezu novellistischer Ausführung davon finden, wie die Verfolgungswahnideen von den verschiedenen einzelnen Kranken ausgestaltet werden und ebenso wie wechselvoll ihr Verhalten ist, dass der Eine die Wohnung verändert oder auswandert, der Andere ruhelos hin und herläuft, ein Dritter der Umgebung Geschenke macht, um sich zu sichern, ein Vierter scheinbar unmotivirt aggressiv wird und so fort, so ist gegen solche Darstellungsweise an sich

[1]) Den Schmerz möchte ich, im Gegensatz zu Meynert, nicht als einen Affekt gelten lassen.

gewiss nichts einzuwenden, wenngleich die Lehre von den erfahrungsgemässen Formen psychologischer Reaktion eigentlich in der Allgemeinen Psychiatrie ihren Platz haben sollte. Als fehlerhaft aber muss es bezeichnet werden, wenn, wie es vielfach geschieht, die unmittelbar, direct auf bestimmten krankhaften Prozessen beruhenden Symptome ganz vermischt mit jenen individuell variablen, psychologisch in normaler Weise vermittelten Folgeerscheinungen abgehandelt werden, wenn ein scheinbar einheitliches Seelengemälde entrollt wird, in welchem die krankhafte Eigenbeziehung den gleichen Platz einnimmt wie die wahnhaften Gedankengänge. Denn auf diese Weise wird der Ausbau einer medicinisch brauchbaren, d. h. anatomisch-physiologisch begründbaren Symptomatologie nicht nur nicht gefördert, sondern geradezu verhindert.

Fahren wir nach dieser Abschweifung in unserer Betrachtung fort. Wir haben gefunden, dass in manchen Fällen von Paranoia durch Jahre hindurch die Wahnbildung lediglich durch die krankhafte Eigenbeziehung unterhalten wird, dass diese somit für lange Zeit das einzige direkte Krankheitssymptom darstellen kann. Diese Thatsache im Verein mit der weiteren Thatsache, dass in keinem Falle von primärer chronischer Wahnbildung das geschilderte Symptom vermisst zu werden scheint, führt dazu, dasselbe als das wesentliche, als das Cardinalsymptom der Paranoia anzusehen.

Soweit leitet uns die unmittelbare klinische Beobachtung. Mit der Feststellung dieses Sachverhaltes ist aber über die Natur und den Angriffspunkt des Krankheitsprozesses selbst noch keine Aufklärung, ja nicht einmal eine geeignete Fragestellung gewonnen. Denn die Eigenbeziehung ist eine komplicirte psychische Leistung, welche nicht ohne Weiteres einen Hinweis giebt auf die von der Krankheit betroffenen nervösen Organelemente. Diese und die Art ihrer Läsion zu ermitteln, ist aber unstreitig die Aufgabe der psychiatrischen Diagnostik.

Meynert nimmt das Vorhandensein von Reizzuständen im Bulbus an. Diese sollen anomale, hypochondrische Sensationen auslösen und somit, indem sie stets die Erinnerung an die eigene Person in krankhafter Intensität wachhalten, jene charakteristische Beeinflussung der Gedankengänge zur Folge haben.

Diese Meynert'sche Hypothese führe ich an, nicht weil ich in ihr bereits eine endgültige Lösung der Frage erblickte, sondern weil durch sie in ausgezeichneter Weise verdeutlicht wird, dass das in Rede stehende psychische Symptom durch einen cirkumskripten, lokalisirbaren Krankheitsherd hervorgerufen werden kann.

Und wir werden in der That sagen müssen, dass durch die Annahme einer relativ beschränkten Ausdehnung des Krankheitsprozesses der klinischen Eigenart der von uns in's Auge gefassten chronischen Krankheitsfälle am befriedigendsten Rechnung getragen wird, bei welchen in völlig stabiler Weise durch Jahre hindurch nur ein einziges pathologisches Symptom in die Erscheinung tritt, während viele und wichtige psychiche Leistungen ganz normal von Statten gehen, welche wieder in anderen Krankheitszuständen eine Störung erleiden.

Von Wernicke liegen zwei verschiedene Hypothesen vor, welche aber beide darin übereinstimmen, dass es sich bei der Paranoia um psychische

Herderscheinungen handle. Vor 11 Jahren äusserte er sich dahin, dass bei der „primären Verrücktheit“ „eine krankhafte Veränderung derjenigen Zellelemente bestehe, die wir uns als die körperlichen Substrata der Erinnerungsbilder vorzustellen haben.“ Die Folge davon sei, dass „die erforderliche Congruenz der Erinnerungsbilder mit den altgewohnten Eindrücken der Aussenwelt“ aufgehört habe und so komme es, dass dem Kranken „Alles räthselhaft, geheimnissvoll“ erscheine, „bald mit überirdischem Lichte verklärt, bald grauenhaft drohend“, jedenfalls „immer Erklärungsversuche herausfordernd“. Es darf wohl hervorgehoben werden, dass Wernicke sich in dieser Auffassnng, wenngleich seine Darlegung von ganz anderen Gesichtspunkten ausgeht, mit den ausgezeichneten Erörterungen begegnet, welche Hagen seiner Zeit über die Entstehung der „fixen Ideen“ angestellt hat.

Später — 1887 — hat Wernicke sich dahin ausgesprochen, dass besonders drei „örtlich verschiedene Arten oder Formen des Bewusstseins“ unterschieden werden müssen: „das Bewnsstsein der Körperlichkeit“, „das Bewusstsein der Aussenwelt“ nnd „das Bewnsstsein der Persönlichkeit“; letzteres sei bei primärer Verrücktheit erkrankt. Die nähere Ausführung wird nur in dem kurzen Hinweise angedeutet, dass ein solcher Kranker „der Gegenstand allgemeiner und spezieller Aufmerksamkeit, von Verfolgungen und Complotten, als Kind vertauscht und von hoher Abkunft“ etwa zu sein glaubt.

Der Begriff der „psychischen Herderkrankung“ ist zuerst durch Wernicke im Jahre 1874 aufgestellt worden; die sensorische Aphasie lieferte das Paradigma dafür nnd legte die Probe ab für die Leistungsfähigkeit des neugewonnenen Begriffs. Schon damals schrieb Wernicke: „Diejenigen Psychosen (gewöhnlich zum Wahnsinn gerechnet), welche aus Gehörs- und Gesichtshallucinationen entstehen, sind wahrscheinlich, ebenso wie die maniakalischen Bewegungen, durch central örtlichen Reiz verursacht.“ Einen gewaltigen Schritt vorwärts in der Lehre von den psychischen Herderkrankungen bedeutet Wernicke's Darstellung der progressiven Paralyse in seinem Lehrbuche der Gehirnkrankheiten, und hier ist am bezeichnendsten seine Auffassung von dem Wesen des Endstadiums: „Der terminale Blödsinn der Paralytiker kann als eine Summation von Herdsymptomen aller Rindenterritorien angesehen werden, wenn man sich nur bewusst ist, dass die einzelnen Herdsymptome als Theilerscheinung so in der Gesammterkrankung enthalten sind, dass sie sich von den anderen nicht mehr herausheben und also eigentlich ihres wesentlichsten Merkmales als Herdsymptome verlustig gegangen sind.“

Konsequent entwickelte Wernicke im Jahre 1887 „die klinischen Aufgaben der Psychiatrie“, und hier finden wir zum ersten Male[1]) in pro-

---

[1]) Flechsig — „Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen“, Leipzig 1882 — statuirt gleichfalls den Gegensatz zwischen „geistigen Herdsymptomen und Symptomen diffuser Erkrankung.“ Erstere bestehen nach ihm „in Anomalien durch Erfahrung erworbener Einzelinhalte des Bewusstseins“, letztere „in Störungen jener Thätigkeiten, welche alle diese Einzelinhalte verknüpfen nach den vor aller Erfahrung gegebenen Anschauungsformen des Raumes, der Zeit und der Causalität, sowie überhaupt zu höheren einheitlichen Gebilden, zum einheitlichen Selbstbewustsein u. s. w.“

grammatischer Weise eine Gegenüberstellung von psychischen Herdsymptomen und Allgemeinerscheinungen sowie Andeutungen darüber, wie der Ausbau im Einzelnen zu gestalten sein werde.

Man hätte wohl annehmen sollen, dass diese Betrachtungsweise, die sich so grundsätzlich abhebt von der psychiatrisch landläufigen und welche so weite Perspektiven eröffnet, einen gewaltigen Aufruhr unter den Fachgenossen und einen Sturm verschiedener Meinungsäusserungen hervorrufen würde. Aber das war keineswegs der Fall, es ist völlig still geblieben, und ausser einer allerdings sehr beachtenswerthen Erörterung von Sandberg bin ich, soweit ich die Literatur habe verfolgen können, der Einzige gewesen, welcher vom klinischen Gesichtspunkte — vom philosophischen liegen mehrfache kritische Aeusserungen vor — die Tragweite der Wernicke'schen Lehre zu beleuchten versucht hat.[2]) Der Grund dafür, dass dieselbe anscheinend bisher so wenig Eingang gefunden hat und jedenfalls von keiner Seite für die Psychiatrie weiter nutzbar gemacht worden ist, ist wohl in dem Umstande zu suchen, dass Wernicke selbst in derjenigen der einschlägigen Veröffentlichungen, welche am weitesten Verbreitung gefunden hat, in seinem im Jahre 1880 auf der Naturforscherversammlung zu Danzig gehaltenen Vortrage „über den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie" den Ausbau seiner Lehre in einer so grob schematischen Form skizzirt hat, dass dieselbe vor einer eingehenden Kritik nicht bestehen konnte und jedenfalls nicht geeignet war überzeugend zu wirken.

Aber durch die Unzulänglichkeit der bisher geleisteten Einzelausführung wird der Werth der grossen klinischen Gesichtspunkte, welche Wernicke der Wissenschaft eröffnet hat, nicht nothwendig beeinträchtigt, und ich hoffe Ihnen gerade an dem Beispiele der Paranoia darthun zu können, dass durch die neu gewonnene Auffassung manche klinische Erscheinungen, die bisher anders gedeutet oder auch nicht beachtet wurden, in ein klareres Licht gerückt werden.

Eine unbefangene Prüfung einer grösseren Anzahl von genau beobachteten und mit genügenden anamnestischen Daten ausgestatteten Fällen von chronischer Paranoia ergiebt, dass die Verlaufsweise eine sehr verschiedene ist.

Ich will hier nur zwei Haupttypen herausgreifen, welche gewissermassen gegensätzlich erscheinen, wenngleich die mannigfachsten Uebergangsformen zwischen den Extremen liegen.

Eine Reihe von Fällen — und hierher gehören auch die von Magnan als „délire chronique" unterschiedenen Fälle — zeichnen sich durch ganz unmerklichen, schleichenden Beginn aus. Die Eigenbeziehung ist zunächst das einzige Krankheitssymptom und erst später entwickelt sich in

---

Man wird nicht wohl annehmen können, dass diese Unterscheidung klinischen Erfahrungen ihren Ursprung verdankt.

Wenn übrigens Kirchhoff — „Die Lokalisation psychischer Störungen". Habilitationsschrift, Kiel 1888, pag. 24 — anzunehmen scheint, dass die Einführung des Begriffes einer psychischen Herderscheinung zuerst durch Flechsig geleistet worden ist, so ergiebt die obige Darlegung, dass er sich hierin in einem Irrthume befindet.

[2]) Vergl.: Neisser, „Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863". — Jahrb. f. Psych. 1888. Bd. VIII, Heft 1 und 2.

bald schnellerem bald langsameren Tempo — aber deutlich progressiv — das ganze übrige Heer von Symptomen, welche der chronischen Paranoia zugehören und welche wir noch später einzeln betrachten müssen, und den endlichen Ausgang scheint zumeist ein gewisser, übrigens keineswegs immer gleichmässig hoher Grad von Schwachsinn zu bilden.

Dem gegenüber steht eine zweite Reihe von Fällen, welche uns heute ausschliesslich beschäftigen sollen. Diese verlaufen so, dass zwanglos zwei Hauptstadien auseinander gehalten werden können.

Das erste Stadium ist von wesentlich kürzerer Dauer als das zweite, wiewohl seine Dauer in den verschiedenen Fällen den grössten Schwankungen unterliegt. Diese Schwankungen erstrecken sich von wenigen Stunden bis zu mehreren Wochen oder sogar Monaten.

Der Einfachheit halber wollen wir zunächst das zweite Stadium in's Auge fassen. Hier begegnen wir den wohlbekannten chronischen Zuständen, welche wir schon oben einer Analyse unterzogen haben. Wir waren von dem unkomplicirten Verfolgungswahn ausgegangen und fanden, dass bei demselben die fehlerhafte Eigenbeziehung das einzige direkte Krankheitssympton darstellt. Wir müssen nun hinzufügen, dass solche reine Fälle sehr selten sind. In der Regel treten neben der Eigenbeziehung noch andere pathologische Symptome zu Tage, ja letztere können so sehr im Vordergrunde stehen, dass die perverse Eigenbeziehung nur gelegentlich oder bei besonders darauf gerichteter Untersuchung sich kund giebt.

Dies gilt namentlich von den Hallucinationen, welche bekanntlich in allen Sinnesgebieten auftreten können und von welchen diejenigen des Gehörs den weitaus meisten Fällen von Paranoia zuzukommen scheinen. — Von dem Symptom der Eigenbeziehung hatten wir gesehen, dass dasselbe sehr wohl auf Grund einer umschriebenen örtlichen Erkrankung entstehend gedacht werden kann. Was nun die Hallucinationen anlangt, so harrt die Frage, wo und wie die bewussten Sinneswahrnehmungen normaler Weise zu Stande kommen, noch immer ihrer endgültigen Lösung und daher giebt es auch noch keine allseitig anerkannte Theorie der Sinnestäuschungen. Mag man aber nun, wie die Beobachtungen von Pick, der Operationserfolg in dem einen Burckhardt'schen Falle und eine Reihe von Erwägungen mir persönlich es glaubhaft erscheinen lassen, ihre Entstehung bei der Paranoia in die Rinde verlegen, oder mag man, wie Meynert lehrt, subkortikale Centren verantwortlich machen, oder mag man endlich für verschiedene Fälle eine verschiedene Genese zulassen, in jedem Falle wird man zu der Annahme gedrängt, dass es sich um central örtliche Störung handelt und dass die Lokalisation des krankhaften Prozesses eine andere ist, wenn Gesichts-, eine andere, wenn Gehörshallucinationen u. s. f. in die Erscheinung treten.

Aehnlich steht es mit dem Symptome des von Cramer sogenannten „Gedankenlautwerdens", welches in verschiedenen Modifikationen bei Paranoia angetroffen wird. Meynert sucht den Vorgang zu erklären, indem er eine Reizung der primären Akustikuscentren annimmt. „Aus diesen werden Erregungen, wie Schalleindrücke, in die Hirnrinde geleitet; gleichzeitig laufen im Cortex Associationen ab. Werden nun die indifferenten Schalleindrücke als gleichzeitig im Cortex mit den Gedankenbildungen associirt, so gewinnen die Gedankenbildungen die Färbung von etwas Gehörtem, dessen Inhalt aber

rein die Associationen des Kranken sind.“ Cramer fasst das Gedankenlautwerden als „Hallucinationen des Muskelsinns im Sprachapparat“ auf. Sei dem wie ihm wolle, jedenfalls widerstreitet keine Hypothese der Annahme, dass eine bestimmt lokalisirte, umschriebene Störung das fragliche Symptom auszulösen vermag.

Ganz ebenso ist einleuchtend, dass die mannigfachen abnormen Sensationen der Paranoiker, entsprechend der centralen Repräsentation der betroffenen einzelnen Nervengebiete, eine genaue Lokalisation zulassen.

Wenn wir endlich noch der vielfältigen Störungen der Willkürbewegung — einschliesslich der Sprache — gedenken, welche in manchen Fällen von Paranoia eine Hauptrolle spielen, so dürfen wir die Abhängigkeit derselben von ganz bestimmten Funktionscentren und Bahnen wohl als sicher erweislich hinstellen.

Wir sehen somit, dass alle direkten pathologischen Symptome, welche im chronischen Stadium der Paranoia vorkommen,[1]) auf bestimmt lokalisirbare Störungen schliessen lassen, dass die gesammte Symptomatologie des chronischen Stadiums ihrem allgemein-pathologischen Charakter nach aus psychischen Herderscheinungen sich zusammensetzt.

Betrachten wir nunmehr das Eingangsstadium der Paranoia. Hier besteht eine sehr grosse Variabilität der Erscheinungen im Einzelfalle. Soviel aber lässt sich ganz allgemein aussagen, dass dasselbe symptomenreicher ist als das nachfolgende zweite.

Als konstantes Symptom im Anfange ist Schlaflosigkeit und als ein häufiges Appetitlosigkeit und schlechtes Allgemeinbefinden anzuführen. Letzteres äussert sich als Gefühl von Schwäche und Leistungsunfähigkeit und kann sich bis zum schwersten Krankheitsgefühl steigern. Es giebt Fälle, in denen das allgemeine Krankheitsgefühl — ich spreche hier nicht von hypochondrischen Wahnideen — so mächtig ist, dass die Patienten spontan das Krankenhaus aufsuchen. Auch Herzklopfen, Salivation und andere nervöse Beschwerden kommen vor; am häufigsten sind Kopfschmerzen des verschiedensten Grades und Sitzes, Kopfdruck, Brennen und Sausen im Kopfe, Pochen in der Schläfe u. dergl.

---

[1]) Die Frage, warum in manchen Fällen Grössenwahn neben dem Verfolgungswahn sich entwickelt, während dies bei anderen Kranken nicht Statt hat, können wir hier unerörtert lassen, da die primären, direkten pathologischen Symptome in beiden Reihen von Fällen die gleichen zu sein scheinen.

Ferner muss ich noch erwähnen, dass ich eine bestimmte Gruppe von Fällen, welche, wie dies die weitgefasste Westphal'sche Definition wohl gestattet, anscheinend gewöhnlich zur Paranoia gerechnet werden, von vornherein von der Betrachtung ausgeschlossen habe. Dieselben lassen sich nicht gut in Kürze kennzeichnen; doch genügt vielleicht für andere Beobachter der Hinweis, dass dieselben durch eine ganz eigenartige Verwirrtheit, durch eine als selbstständiges Krankheitssymptom auftretende Inkohärenz im Denken sich auffällig abheben. Ich hoffe in nicht zu langer Zeit in der Lage zu sein, diese Krankheitsbilder in spezieller Bearbeitung eingehender entwickeln zu können. — Ziehen hat neuestens auf das Vorkom en von „dissociativen Denkvorgängen“ bei Paranoia aufmerksam gemacht. Mir liegt hierüber nur ein allerdings von dem Autor selbst verfasstes Referat (im Oktoberheft 1890 dieses Centralblattes) vor. Ich möchte glauben, dass er analoge Zustände im Auge hat, wie ich sie oben habe skizziren wollen. Solange er aber keine Krankengeschichten mittheilt, kann ich mir hierüber natürlich ein sicheres Urtheil nicht erlauben.

Manche Kranke klagen über Unordnung und Wirrwarr der Gedanken, über den Zwang zu grübeln und äussern die Furcht geisteskrank zu werden.

In vielen Fällen ferner finden sich Trübungen des Bewusstseins, welche sehr verschiedene Grade haben und oft nur ganz kurze Zeit dauern. Die Kranken selbst bezeichnen diesen Zustand nachträglich nicht selten als eine Art „Betäubung". Später weist mitunter ein mehr weniger umschriebener Erinnerungsdefekt oder doch eine Verschwommenheit der Erinnerungen noch darauf hin. Auch deliriöse Zustände von längerer Dauer kommen vor; in anderen Fällen leitet ein hallucinatorischer Traumzustand die Scene ein.

Auch Bewegungshemmung und -verlangsamung bis zu ausgeprägtem Stupor wird im Eingangsstadium beobachtet.

Weiterhin treten nicht selten krankhafte Affektzustände auf. Eine ausgebildete maniakalische Erregung findet sich nur ausnahmsweise, aber Andeutungen davon sieht man öfter, namentlich eine eigenthümliche Art ideenflüchtigen Sprechens mit ungeregelter Verwerthung der unmittelbaren Sinneseindrücke, mitunter von gesteigerten Gestikulationsbewegungen und grimassirender Mimik begleitet.

Viel häufiger sind die Affektzustände entgegengesetzter Art: hier finden sich alle Uebergänge von der unbestimmten inneren Ruhelosigkeit bis zur schwersten Herzangst und, worauf ich besonders hinweisen möchte, manchmal bildet sich ein ächter melancholischer Affektzustand mit dem diesem eigenthümlichen Versündigungswahne aus.

Ausser und neben den genannten Störungen können nun noch alle diejenigen Symptome, welche überhaupt in Fällen chronischer Paranoia sich finden, als vorübergehende Erscheinungen sich einstellen: so gegen den eigenen Willen erfolgende Sprach- oder Körperbewegungen, abnorme Sensationen, Hallucinationen der verschiedensten Sinnesgebiete nebst Personenverkennungen etc.

Alle die genannten Symptome, durch welche das Eingangsstadium der Paranoia im Gegensatze zu dem chronischen Stadium ausgezeichnet sein kann, lassen sich in befriedigender Weise als Allgemeinerscheinungen des Krankheitsprozesses betrachten. Dieselben sind unter sich wieder ungleichwerthig, da einige der Symptome, vor Allem die Bewusstseinstrübung und die Affektzustände, als diffuse in Bezug auf das psychische Organ anzusehen sind, während andere wie die vorübergehend in anderen Sinnesgebieten auftretenden Hallucinationen als indirekte Herdsymptome sich darstellen. Dieser Unterscheidung entspricht auch die klinische Thatsache, dass in der Regel die allgemeine Benommenheit, wenn sie vorhanden war, schneller schwindet, während z. B. die Personenverkennung erst etwas später sich zu verlieren braucht.

Meistens vollzieht sich der Uebergang in das chronische Wahnbildungsstadium allmählich; eine körperliche Erholung mit Zunahme des Körpergewichts begleitet in der Regel den Nachlass der Allgemeinerscheinungen. Zu dieser Zeit pflegt der Kranke, da er jetzt ganz gesund sei, dringend seine Entlassung aus der Anstalt zu fordern. Bezüglich der durchlebten Zeit besteht nicht selten eine theilweise Krankheitseinsicht Nach auspegrägten melancholischen Allgemeinerscheinungen hört man wohl: „es ist ja richtig, dass ich schwermüthig war, aber jetzt fehlt mir doch

nichts mehr.“ Nach tobsüchtiger Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung wird seltener Krankheit zugestanden, jedenfalls sei dieselbe nur künstlich gemacht worden. Maniakalische Krankheitserscheinungen habe ich noch nie als krankhafte nachträglich einräumen hören.

Die vorstehend gegebenen Ausführungen sollen nur eine Skizze des Gegenstandes sein. Der Unzulänglichkeit des Gebotenen bin ich mir voll bewusst. Zur Kennzeichnung einer Gehirnerkrankung als einer herdartigen ist erforderlich der Nachweis einer umschriebenen Lokalität, deren pathologische Veränderung in gesetzmässiger Beziehung zu bestimmter Funktion steht. Diesen Nachweis habe ich nicht zu erbringen vermocht. Ich habe nur zeigen können, dass keines der der chronischen Paranoia eigenthümlichen Symptome einer solchen Betrachtungsweise widerstreitet. Trotzdem scheint mir, selbst bei dem vorläufigen Mangel an positiven Grundlagen, die dargelegte Auffassung wissenschaftlich ungezwungen wie praktisch förderlich zu sein.

Um zunächt nur einen einzelnen Punkt herauszuheben, so wird nun erst der historische Streit um die Beziehungen von Melancholie und Paranoia erklärlich. Es wäre gar nicht zu verstehen, wie so lange Zeit hindurch und von guten Beobachtern das Voraufgehen einer Melancholie hätte angenommen werden können, wenn nicht thatsächlich in nicht ganz wenigen Fällen von Paranoia echte melancholische Affektzustände im Krankheitsbeginn vorhanden wären. Andererseits wird in der Regel von vornherein die richtige Diagnose gestellt werden können, da der geübtere Irrenarzt die charakteristische Eigenbeziehung und eventuell andere Herderscheinungen — namentlich die mit einer gewissen Selbstständigkeit auftretenden Gehörshallucinationen — schon zu der Zeit herausfindet, wo dieselben noch in Folge der — in den betreffenden Fällen — melancholischen Allgemeinerscheinungen weniger rein zu Tage treten.

Auch das Bedürfniss, kombinirte Psychosen aufzustellen, dürfte durch die gewonnenen Gesichtspunkte mindestens eine Einschränkung erfahren.

Und nun noch eins! Selbst wenn meine Anschauung von dem Wesen des paranoischen Krankheitsprozesses sich als eine falsche herausstellen sollte, so würde ich den Versuch ihrer Durchführung, sowie ich denselben Ihnen vorgelegt habe, darum nicht für ein ganz unnützliches Beginnen halten. Denn klarer als Auseinandersetzungen es vermögen, lehrt er, welche Aufgaben die klinisch-psychiatrische Forschung zunächst zu lösen hat. Die Aufgabe, die komplicirten psychischen Zustandsbilder alle in die einzelnen Componenten zu zerlegen, um so die anatomisch-physiologischen Bedingungen der Störung zu ermitteln, diese Aufgabe wird wohl noch lange ihrer vollkommenen Erfüllung harren müssen. Das aber, was schon jetzt geleistet werden kann und muss, das ist die Forderung, das Neben- und Nacheinander der schon bekannten einzelnen Symptome in sorgfältiger Weise zu studiren und festzustellen. Wenn ich vorhin zwei bis zu einem gewissen Grade gegensätzliche Verlaufsarten derjenigen Krankheitsprozesse, welche man zur Zeit mit dem Namen Paranoia zusammenzufassen pflegt, nur ganz im Groben gekennzeichnet habe, so wird es weiterhin erforderlich sein, erfahrungsgemäss zu ermitteln, ob und welche Gesetz-

mässigkeit sich ergiebt zwischen der Symptomatologie des Eingangsstadiums und der chronischen Folgezeit, welche Combinationen von Symptomen stets wiederkehren, welche Abweichungen vorkommen, auf welche Erscheinungen die Prognose zu begründen ist, ob wirklich, wie Cramer in seiner äusserst verdienstlichen Arbeit behauptet, — um nur ein specielles Beispiel anzuführen — gerade diejenigen Fälle von Paranoia in Schwachsinn endigen, welche das Symptom des Gedankenlautwerdens zeigen und was dergleichen Fragen mehr sind. Nur durch solche Arbeit, welche in erster Linie den Kliniken zufallen dürfte, die über frische Fälle und genaue Anamnesen verfügen, kann meines Erachtens ein Fortschritt erreicht werden. Aber ich zweifle nicht, dass es auf dem angedeuteten Wege gelingen wird, die bisherigen, Niemanden recht befriedigenden Krankheitsbeschreibungen dahin zu reformiren, dass an Stelle der umfassenden Schilderungen der gesammten Gemüthslage des Kranken eine Anzahl von distinkten Symptomen treten, welche die differentielle Diagnose begründen. Dann erst wird die Psychiatrie auf diejenige bescheidene Entwicklungsstufe gelangt sein, welche man bei medicinischen Disciplinen im wissenschaftlichen Sinne die symptomatische zu nennen pflegt.

Meine Herren!

Ich glaube nun in der Lage zu sein, Ihnen ein solches neues symptomatisches Krankheitsbild entwickeln zu können. Es ist die akute Paranoia. Absichtlich habe ich den alten Namen beibehalten, nicht weil ich glaubte, dass alle die zum Theil verschwommenen Krankheitsbilder, welche von verschiedenen Autoren unter demselben zusammengefasst worden sind, auch wirklich hierher gehören, sondern um die innige Zusammengehörigkeit zu den Fällen mit chronischem Verlaufe zu betonen. Dies erscheint um so mehr geboten, da von Schüle, Kraepelin und in neuerer Zeit auch von Mercklin eine solche Beziehung in Zweifel gezogen worden ist.

Um Ihre Geduld nicht allzusehr in Anspruch zu nehmen, will ich nur in gedrängter Kürze drei Krankengeschichten Ihnen vorführen, hoffend, dass die wesentlichen Punkte in ausreichender Klarheit hervortreten und längere epikritische Bemerkungen sich erübrigen werden.

I. Friedrich S., Sattler, 34 Jahre alt; Vater trank; Patient selbst normal entwickelt, stets gesund. Kurz vor Ausbruch der Psychose reizbar, verrichtete aber seine Arbeit in völlig unauffälliger Weise. Ganz plötzlich wurde er verwirrt, ängstlich, meinte, seine verstorbenen Eltern seien zugegen, warf sich auf die Erde, wälzte sich herum, jammerte. Unmittelbar nach Ausbruch dieses Zustandes — am 30. Juni 1890 — erfolgte die Aufnahme auf die Psychiatrische Klinik zu Breslau. In dem Berichte heisst es: „Hier machte der Patient zunächst einen der stürmischsten Zustände durch, die überhaupt bei Psychosen vorkommen.“ Unermüdlicher zwangsartiger Bewegungsdrang, lebhafteste Sinnestäuschungen, Angstaffekte. Die Bewegungen erschienen zum Theil als gewissermassen automatische, taktmässige klopfende Bewegungen der Arme und Hände, Hin- und Herwiegen des ganzen Körpers; „dieselben arteten aber zuweilen in die wildeste motorische Unruhe aus, sodass der Kranke den Kopf in die Kissen bohrend, den Rumpf unablässig in Schweiss gebadet, hin und her schob, mit Armen und Beinen um sich schlug, krampfhaft am Bette rüttelte,

an der Decke zerrte und dabei jede Annäherung abwehrte.“ Dazu schreckhafte Vorstellungen, Aeusserungen von Bedrohung durch Mörder, wilde Thiere etc. „Besonders traten diese Zustände auf, wenn irgend ein ungewöhnlicher Vorgang in der Umgebung sich abspielte.“

Dieses akuteste Stadium dauerte drei Tage. Dann ein gewisser Nachlass der stürmischsten Erscheinungen, aber doch noch durch Monate schweres Krankheitsbild. Es wird berichtet: „Man traf den Kranken gewöhnlich mit geschlossenen Augen daliegend, öfters in einer unbequemen Lage, z. B. zusammengekauert oder auf dem Bauch liegend; auf Befragen — nicht im Zusammenhange — äusserte er dann unter vielem Jammern und Stöhnen, dass es ihm schlecht gehe, alles thue ihm weh, vor Schwäche könne er nicht gehen und stehen; ferner erzählte er, seine Leute — bald seine Brüder, bald andere Personen seiner Bekanntschaft — sprechen fortwährend zu ihm und über ihn, wollten ihn umbringen, schlachten, ihm die Arme abhacken, verlangten Geld von ihm, sie sagten ihm vor, was er thun solle, machten ihm Zeichen, wie er zu gehen, zu stehen, zu liegen habe und er müsse dann immer folgen. So könne er bald die Augen nicht aufmachen, bald nicht aufstehen, müsse bald krumm liegen, bald sich rechts oder links herumdrehen, bald wieder im Zimmer umherlaufen, auch würden ihm die Glieder festgehalten und wie in Krämpfen zusammengedreht. Endlich klagte er, dass er oft Schwindel empfinde, als ob sich alles um ihn zu bewegen anfange und er bald hoch, bald tief liege.

Aus dem weiteren Berichte hebe ich hervor: dass er die Aerzte immer erkannte, aber Wärter und andere Personen verkannte, zum Theil in stereotyper Weise. Interkurrent immer noch Anfälle von heftigster Angst, Lärmen und Hilferufen, besonders in der Nacht. Wieder findet sich die charakteristische Bemerkung: „Auch die Gegenwart anderer Personen, Sprechen und Verkehr wirken im Allgemeinen sehr beunruhigend auf ihn ein.“ — Bald glaubte er, zu Hause, bald im Schlachthofe zu sein, dann wieder weiss er ganz gut, dass er in einer Krankenanstalt sich befindet. Zwischendurch Krankheitsgefühl, fürchtet, dass er seinen Verstand nicht wieder bekommen werde. „Dieses psychische Krankheitsbewusstsein bringt ihn oft zu Thränen und verwebt sich oft mitten in seine Delirien und wahnhaften Aeusserungen hinein.“ (Es ist dies, beiläufig bemerkt, eine Beobachtung, welche man bei fast allen akuten Fällen von Geistesstörung machen kann und welche geradezu als ein Kriterium für die relative Frische der Erkrankung Verwerthung finden könnte.)

Endlich wird noch eine gewisse Hyperästhesie für schmerzhafte Eindrücke (z. B. kleine Eiterpustelchen) hergehoben, ferner eine im Einzelnen mir nicht näher bekannt gewordene, an nur wenigen Tagen zu konstatirende Störung des Lesens und Schreibens, Erschwerung und leichte Ermüdung bei Rechnenaufgaben u. dergl.

Am 18. November 1890 Aufnahme des Patienten in die Prov.-Irren-Anstalt zu Leubus.

Hier war Patient von vornherein über Zeit und Ort orientirt, zuerst noch körperlich und psychisch ein wenig matt und stumpf, auch wohl unsicher und befangen, aber ohne jeden spezifischen pathologischen Affekt. Nichts mehr von den Bewegungsstörungen, von den offenbar kom-

plicirten Sensationen, keine Personenverkennung; auch Hallucinationen nicht mehr sicher nachweisbar, jedenfalls, wenn überhaupt, nur noch solche des Gehörs. Aber noch lebhafteste Eigenbeziehung, welche ihn unablässig zu Ansätzen von Wahnbildung führt.

In Bezug auf den Breslauer Aufenthalt äussert er: er sei längere Zeit ohnmächtig gewesen. Als er seine Besinnung wieder gewonnen, sei ihm alles dort so merkwürdig vorgekommen; in zwei Wärtern habe er zwei Bekannte wiedergefunden, einen Fleischer und einen Andern; ob ihn die nicht vielleicht überfallen und hineingeschleppt hätten? denn richtig sei es nicht zugegangen; es seien auch, während er in der Klinik lag, Leute mit zerlumpten Kleidern und mit Wunden aufgenommen worden. Das sei doch merkwürdig. Alles was gesprochen worden sei, sei ihm so verdächtig vorgekommen; jede Aeusserung habe ihn scharf hergenommen; das Hin- und Herlaufen, das Flüstern habe er nicht enträthseln können.

Auch hier in Leubus kommen ihm Wärter und Stubengenossen so sonderbar vor; sie sehen ihn so wunderbar an; wenn sie unter einander reden, so beziehe es sich auf ihn; das fühle er sehr gut, wenn er auch den Zusammenhang noch nicht kenne. Ein auf seinen Wunsch gemachter Versuch, ihn aus dem Bette aufstehen und an den Arbeiten der Kranken Theil nehmen zu lassen, missglückte völlig; er kam sichtlich deprimirt zurück, weigerte sich Nachmittags wieder mitzugehen und äusserte nur auf Befragen: „der Eine spricht dies, der Andere spricht das, und das habe ich ja nicht nöthig mir gefallen zu lassen.“

M. H.! Ich glaube, es ist nicht nöthig, diese Andeutungen durch breitere Schilderung zu ergänzen. Diese Krankheitsbilder — ich spreche jetzt nicht von dem ganzen Falle mit der bestimmten Entwicklung, sondern lediglich von dem zuletzt skizzirten Zustande des Patienten, wie er ihn hier in Leubus dargeboten hat - sind jedem Psychiater vollkommen bekannt. Der Zustand unterschied sich in keiner Hinsicht von denjenigen, wie sie zu Tage treten, wenn eine schleichende chronische Wahnbildung typischer Art im Gange ist, und nur die Anamnese lehrte, dass es sich hier im Gegentheil um ein Abklingen stürmischer Erscheinungen handelte.

Der Weiterverlauf: Hebung des Kräftezustandes und Körpergewichtes, ganz allmählicher Nachlass der Eigenbeziehung bis zu schliesslicher völlig normaler Unbefangenheit und Klarheit. Regelmässige Beschäftigung, Theilnahme an Gesellschaft. Genesung mit vollkommener Krankheitseinsicht und guter Rückerinnerung mit Ausnahme des Stadiums, in welchem er nach seiner Meinung „ohnmächtig“ gewesen war.

Entlassung am 5. October 1891, nachdem er mindestens ein halbes Jahr frei von Krankheitszeichen geblieben war.

II. Friedrich G., Mathematiklehrer, 37 Jahre alt. Keine erbliche Belastung; stets gesund. Im Jahre 1888 nach anstrengender Gebirgstour bei einbrechender Dunkelheit vorübergehende Beängstigung und eine vereinzelte Gesichtshallucination (schwebende Frauengestalt in wallendem Gewande), welche indes als solche gleich danach erkannt wurde. 1889 mehrfache Gemüthserregungen, ausserdem ein nicht näher bekanntes Magenleiden, Ueberanstrengung (wöchentlich bis 56 Mathematikstunden!) und reichlicher Genuss von schwerem Bier.

In den ersten Tagen des December 1889 ganz plötzlich — vorausgegangen war nur öfteres Klagen über Abgespanntheit und Gefühl von Hitze im Kopf — Ausbruch der Psychose. Er sah ein rotirendes Feuerrad, welches sich immer weiter entfernte; dabei der Eindruck — wie Patient sich noch jetzt erinnert —, als ob die Dinge um ihn her zu einander und zu ihm eine andere Lage einnähmen. Die Vorstellungen jagten sich in buntem Wechsel, er glaubte gestorben zu sein, Gott vom Throne gestossen zu haben, selbst Gott zu sein, zwischendurch schwerste Selbstanklagen, liess Fragen unbeantwortet, lag bald regungslos steif und stumm, dann wieder sprang er wiederholt stürmisch aus dem Bett und war lebhaft widerstrebend bis zur blinden Gewaltthätigkeit. Rief zwischendurch: „ach Gott, bin ich denn verrückt?“ Alsbald zu seinem Bruder überführt, verweigerte er die Nahrung, erklärte alles für vergiftet. An diese ersten Krankheitstage hat er, um dies gleich vorwegzunehmen, nur eine ganz dunkle Erinnerung; Einzelheiten sind ihm bewusst, so schreibt er nachträglich: „Als ich in's Coupé eintrat, war es mir so, als ob sich alles umkehre, sodass die Personen wie an der Decke hängend erschienen. Bahnhof Liebenthal schien in die Höhe gehoben, die anwesenden Personen unbeweglich zu sein; dabei alles in grosser Helligkeit wie bei Magnesiumlicht.“ — „In Wahren schien der Eisenbahnzug in die Erde zu verschwinden oder in die Luft sich zu erheben.“ — „Auf den Bahnhöfen überall nahm ich eine mich beängstigende Bewegung der Beamten und Reisenden wahr.“ — „Ich habe meist steif und regungslos dagesessen in der Furcht und dem Glauben, durch meine Bewegung Andere in der Bewegungsfreiheit zu beschränken.“

Am 13. Dezember 1889 Aufnahme in die Psychiatrische Klinik zu Leipzig. Daselbst bot der Patient während der ersten Wochen ein schweres, aus den verschiedenartigsten pathologischen Zügen zusammengesetztes Krankheitsbild dar. Er hörte vielfach erschreckende Stimmen, verkannte meist seine Umgebung und die Vorgänge um ihn; kurzdauernde Phasen grösserer Ruhe, in denen er zusammenhängende, wenn auch meist wahnhafte Aensserungen that, wechselten mit Zuständen hochgradiger, selbst bis zur Tobsucht gesteigerter Aufregung. Besonders hebt der Bericht hervor „die ungemein tiefe Störung des Bewusstseins“, welche zeitweilig, namentlich im Anfange bestand. Sehr häufig brachen schwere melancholische Affekte hervor mit intensiven Selbstanklagen und Versündigungswahnideen. Zwischendrein dagegen — ganz unvermittelt — an zwei Tagen Andeutungen maniakalisch-heiterer Stimmung mit überlautem Vielsprechen und leichter Ideenflucht. Zu anderen Zeiten wieder ganz verwirrtes, ungeordnetes und brüsk gewaltthätiges Verhalten, welches seine öftere Isolirung erforderlich machte. Dem Arzte gegenüber zumeist misstrauisch, abwehrend; in den Speisen wähnte er Gift, äusserte wiederholt, es komme ihm alles so eigenthümlich vor, die Leute im Zimmer würden umgetauft, achtete scharf auf alle Vorgänge, antwortete öfter auf Fragen, die gar nicht an ihn gerichtet waren. Gelegentlich producirte er seltsame Wahnideen: er sei todt, habe 10^0 unter Null Körpertemperatur, er sei a^2 und dergl. mehr.

Im Anschluss an eine von hohem Fieber begleitete phlegmonöse Entzündung der Hand trat nach etwa 4 Wochen psychische Ruhe und Klarheit ein. Es fiel aber eine übergrosse Bescheidenheit und Zaghaftigkeit (eine

psychiatrisch nicht wohl einwandfrei verwerthbare Notiz) an ihm auf. Im Uebrigen machte er, wie es heisst, einen völlig normalen Eindruck und wurde am 29. Januar 890 aus der Klinik beurlaubt.

Schon nach ca. 14 Tagen — am 15. März — wurde seine Wiederaufnahme nöthig. Er zeigte ein ganz ähnlich bunt zusammengesetztes Krankheitsbild wie beim ersten Male; auch diesmal wird die auffallend tiefe sensorielle Benommenheit in den verschiedensten Einzelnotizen des Journals hervorgehoben; auch diesmal standen lebhafte genuine melancholische Affekte mit den spezifischen Versündigungswahnideen im Vordergrunde. Dazwischen wieder verwirrtes Treiben und wahnhafte Aeusserungen von ganz anderer Färbung: er fliege als Gummiball durch das Weltall, es gebe Krieg, er sei todt, habe Gott vom Throne gestossen. Vielfach schreckhafte Gehörshallucinationen.

Aus der Notiz vom 30. April: „Meist sehr gedrückt; Selbstanklagen; er sei an seinem Unglücke Schuld, habe seine Angehörigen in's Unglück gebracht, das Leid der ganzen Menschheit verschuldet. Auch müsse er fortwährend grübeln über Gegenwart und Vergangenheit; das Pfeiffen der Eisenbahn u. A. wecke unangenehme Gedankenreihen in ihm."

Aus der Notiz vom 10. Mai: „Er muss grübeln: wo ist der Anfang, wo das Ende des gordischen Knotens? Alle Ereignisse der Umgebung sind so wunderbar verschlungen und unverständlich, er kann die Gegenwart nicht verstehen .... Zuweilen erzählt er Thatsachen und frühere Begebenheiten, deren Pointe und Bezug auf die Gegenwart unverständlich bleibt."

Am 16. Mai 1890 wurde Pat. nach Leubus überführt.

Hier zeigte sich nun keine Spur mehr von der Trübung des Sensoriums, keine Hallucinationen mehr (nachträglich von dem Pat. selbst ausdrücklich bestätigt!) und keine stürmischen Affekte. Nur stundenweise traten in den ersten Tagen noch blande Anwandlungen melancholischer Stimmung mit der Neigung zu Selbstanklagen auf. Im Uebrigen aber war sein Geisteszustand ein recht merkwürdiger und blieb es ziemlich gleichmässig noch durch viele Wochen. Er wusste, dass er schwer krank gewesen sei, für die Gegenwart aber äusserte er nur, dass er dem Arzte vertrauen müsse. Der äusserlich hervorstechendste Zug war ein hoher Grad von Rathlosigkeit. Er war sich in keiner Weise klar, wie er sich zu verhalten habe, ob er essen oder nicht essen, ob er reden oder schweigen solle. Beständig bat er den Arzt um genaueste Anweisungen über alles Einzelne, welchen er dann in peinlicher Befolgung nachkam. Weil es ihm so anbefohlen war, blieb er ruhig im Bett liegen und sprach nur, wenn er gefragt wurde. Dabei hatte er jedoch ein sehr lebhaftes Bedürfniss sich mitzutheilen, welchem er dann bei jeder ärztlichen Visite Folge gab. Er erzählte dann stets in geheimnissvollem Flüstertone, welche Fülle von Fragen und eigenthümlichen Gedanken ihn bewegten. Bald waren es religiöse, bald philosophische, zumeist jedoch mathematische Probleme, die ihn nicht zur Ruhe kommen liessen. So ungefähr lautete seine eigene Darstellung seines Geisteszustandes, und man hätte wohl annehmen können, dass es sich um „Zwangsvorstellungen" oder „Grübelsucht" in dem Falle handle. Wenn man aber näher zusah, so war der Ausgangspunkt ausnahmslos in dem B:

mühen gelegen, die Vorgänge um ihn her und seine Situation zu begreifen, und es liess sich allemal nachweisen, dass seine Rathlosigkeit lediglich durch die Eigenbeziehung bedingt wurde, welche in geradezu klassischer Reinheit und Isolirtheit als einziges Krankheitssymptom zurückgeblieben war. Ich kann dies hier leider nicht in's Einzelne verfolgen und muss mich darauf beschränken darzuthun, dass die charakeristische Eigenbeziehung bei ihm bestand.

Noch am 28. Juni 1890 schrieb er aufgefordert, die Beobachtungen, welche ihn zum „Grübeln" anregten, einzeln aufzuführen, unter Anderem: „Eigenthümliche, mir nicht ganz zufällig erscheinende Stellungen von Personen, Wärtern und . . . Kranken, und zwar sowohl im Hause als im Garten. Wiederholtes Erscheinen des Herrn Oberwärters. Auffälliges Angesprochenwerden von Kranken, so z. B. „guten Morgen", wo es nach meiner Meinung „guten Tag" heissen sollte. Häufige Wiederholung: „schönes Wetter"; „es wird regnen" oder dergleichen auf das Wetter sich beziehende Aeusserungen sowie auf die Ruhe nnd den Schlaf der vergangenen Nacht. Es erscheint mir, ... als ob ich mit meinen Gedanken, Bewegungen und Handlungen bestimmte andere Personen quasi rufe und veranlasse zur Vornahme von Bewegungen, Handlungen oder zum Sprechen und dass mir dieselben gleichsam zuvorkämen in dem, was ich zu thun beabsichtige" . . . „Zuweilen fühle ich mich unsicher gemacht, . . . dadurch dass zum Herbeiholen von Gegenständen, Fortschaffen von Geräthen und dergleichen Verrichtungen ein Weg ausreichend gewesen wäre, während mehrere gemacht wurden. Es scheint mir nicht unwesentlich su sein, ob eine Berührung von Personen unter einander, von Personen und Gegenständen stattfindet oder nicht, sowie ob die vorhandenen Schuhe, Stiefel, Mäntel uud Kleider beim Austreten aus dem Saale oder Aufenthalt in demselben benutzt werden oder nicht." . . . „Wenn ich wiederholt auf mir bekannte Einzelheiten aus der Zeit meines Krankseins in Gedaukeu zurückkomme, scheine ich dadurch in meiner Umgebung gewissermassen Impulse zu entsprechenden Handlungen zu ertheilen und meine, es müssen auch Rückwirkuugen, Reflexe oder dergleichen auf mich stattfinden, ohne dass ich jedoch in der Lage wäre, dieselben zu empfinden, richtig zu deuten und die korrespondirenden Handlungen folgen zu lassen, und doch glaube ich nicht so krank oder schon wieder so weit gesund zu sein, die Erklärung für diese Zustände . . . fassen zu können." Zum besseren Verständniss dieser letzten Bemerkung ist hinzuzufügen, dass er schon vorher in einer ebenfalls interessanten schriftlichen Darlegung als das Ergebniss seines Nachdenkens bezeichnet hatte, „dass dem Ganzen (scil. dem Anstaltsbetriebe) eine einfache Regel, in allen Bewegungen, Handlungen etc. ein einfaches Gesetz zu Grunde liegt und von dem Patienten erkannt und richtig befolgt werden muss, bevor vollständige Heilung erklärt werdeu kann." Mit seiner Berufsthätigkeit als Mathematiker hängt nun wohl die specielle Gedankenrichtung zusammen, dass er besonders die Zahlenverhältnisse unablässig kombinirend in's Augefasste, wozu eine weitere Anregung noch dadurch geboten wurde, dass von älterer Zeit her alle Thüren der Anstalt mit Nummern versehen sind.

Die Eigenbeziehung blasste bei dem Patienten nur sehr langsam ab; die äussere Unsicherheit schwand zwar bald nnd sein Verhalten gleicht seit

über einem Jahre vollkommen dem eines Gesunden, [1]) — seit ½ Jahre geniesst er auch schon völlige Freiheit der Selbstbestimmung und Bewegung —, aber da er mit genügender Einsicht auf sich achtet und im wohlverstandenen eigenen Interesse Auskunft giebt, so erfuhren wir, dass der letzte Rest fehlerhafter Eigenbeziehung erst seit etwa 2 Monaten geschwunden ist. Das Körpergewicht hat um 16 Pfund zugenommen. Er wird nächstens seine bürgerliche Thätigkeit wieder aufnehmen.

Das Charakteristische im Ablauf der Symptome und die Analogie dieses Falles mit dem zuerst mitgetheilten leuchtet wohl ohne Weiteres ein, sodass ich nichts hinzuzufügen brauche. Der Fall illustrirt auch sehr deutlich die klinische Leistungsfähigkeit und Verwerthbarkeit der „Eigenbeziehung" als eines symptomatischen Terminus.

Die psychologische Reaktion auf die durch die Eigenbeziehung beeinflussten Wahrnehmungen der Kranken, also die sekundäre Symptomatologie ist natürlich individuell sehr verschieden geartet. Der letzte Fall, wie auch viele andere, lehrt, dass nicht immer Misstrauen und Beeinträchtigungsfurcht die Folge zu sein braucht, wenn dies auch überwiegend häufig der Fall ist. Wenn das Bewusstsein, geisteskrank gewesen zu sein, vorhanden ist und namentlich wenn dasselbe durch den Arzt in geeigneter Weise wach erhalten werden kann, wird dasselbe an sich schon einen gewissen Schutz bieten gegen zu schnelle und feste Wahnbildung. Die wahnhaften Erlebnisse der schwereren Krankheitsperiode, noch nicht ganz durch die besonnene Kritik verdrängt, werden, wenn auch ohne tiefgreifende Ueberzeugung, so doch noch halb traumhaft eine Weile fortgesponnen. Die ohnehin durch die Eigenbeziehung unterhaltene Unsicherheit in der Auffassung der Lage wird das zur perniciösen Wahnbildung nothwendige Vertrauen in die eigene Urtheilskraft nicht recht aufkommen lassen und um so weniger, wenn dem akuten Stadium intensive melancholische Affekte beigemischt waren und vielleicht ausserdem noch die Richtung der ganzen persönlichen Denkart eine besonders bescheidene von jeher war.

---

1) Am 7. Juli 1890 hatte G. einen vollkommen typischen epileptischen Krampfanfall mit Aufschrei, klonischen und tonischen Muskelkontraktionen, völligem Bewusstseinsverlust, Reaktionslosigkeit und nachträglicher Amnesie. Beim Erwachen daraus trat Erbrechen ein. Seitdem wiederholten sich durch fast ein halbes Jahr öftere quasi rudimentäre Anfälle, in denen das Bewusstsein vollkommen erhalten blieb und nur nach einer deutlich entwickelten sensiblen Aura, deren Ausgangspunkt von dem Pat. stets in den Magen lokalisirt wurde, ein mehr weniger intensives Gefühl von Schwindel auftrat, ohne Krampfbewegungen. Diese Anfälle wurden allmählich seltener und immer schwächer, bis sie schliesslich ganz ausblieben. Aehnliches ist von dem Pat. beziehungsweise an dem Patienten früher niemals beobachtet worden. Wenngleich die Art der Anfälle selbst nicht sonderlich dafür zu sprechen schien, wurde natürlich die Diagnose der progressiven Paralyse in Erwägung gezogen. Nachdem nunmehr aber über 2 Jahre seit dem Beginne der Psychose vergangen sind, ohne dass auch nur eine Andeutung irgend einer motorischen Störung sich gezeigt hat, muss der Verdacht wohl fallen gelassen werden. Das Auftreten echter Epilepsie in dem Lebensalter des Patienten und noch dazu als einer vorübergehenden Störung ist ebenfalls kaum anzunehmen. Vielleicht hat es sich um einen reflektorisch bedingten (vom Magen aus?) Reizzustand gehandelt. Eine bestimmte Erklärung habe ich nicht; ich glaube aber nicht, dass die Beurtheilung der Form der Psychose durch diese Complikation modifizirt werden müsste.

III. Paul K., Eisendreher, 36 Jahre alt, ohne erbliche Veranlagung zu Geisteskrankheit. Von Vorkrankheiten sind nur Bleikoliken zu erwähnen, welche ihn zwangen, seinen ursprünglich gewählten Beruf als Gelbgiesser aufzugeben. Möglicherweise hat er auch lues gehabt, worauf die grosse Zahl der Fehlgeburten seiner Frau hinweist. Im Uebrigen heisst es von ihm: „er war ein völlig gesunder, nüchterner, arbeitsamer Mann.“ Ich gebe die Sätze aus dem Berichte, welche den Anfang der Krankheit betreffen, wörtlich:

Am 27. April 1891 erkrankte er ganz plötzlich an linksseitiger Rippenfell- und Lungenentzündung; seit dem 3. Mai stellten sich unter hohem Fieber und bedeutendem Kräfteverfall plötzlich Delirien ein, mit Verkennungen, sonderbaren Gesichtsverzerrungen, Gliederverdrehuugen, lautem Schreien und Brüllen, Fluchtversuchen, völliger Desorientirtheit, Angst.

Am 5. Mai Aufnahme in das Hospital O/S zu Breslau; am 10. Mai Ueberführung auf die Psychiatrische Klinik daselbst.

Der Bericht besagt: Am ersten Tage seines Aufenthaltes auf der Klinik machte Pat. den Eindruck eines Tiefbenommmenen, reagirte auf Sinneseindrücke überhaupt nicht, liess Stuhl und Urin unter sich, das Essen musste ihm gereicht werden. Eigenthümliche Jammerlaute wurden dabei von Zeit zu Zeit hervorgestossen.

„Am folgenden Tage schon endete dieser Zustand tiefster Benommenheit und es gelang aus unzusammenhängenden, vereinzelt hervorgestossenen Worten festzustellen, dass Pat. hallucinatorischen Delirien ausgesetzt war.“ Zugleich wurden rhytmische Greifbewegungen, alternirendes Wippen der Beine, Vor- und Rückwärtsschaukeln des Körpers beobachtet. Zeitweilig hielt er die Fäuste fest vor den Mund, bohrte mit den Fingernägeln im l. Auge, bis er ein Hornhautgeschwür sich zuzog. Später äusserte er: er glaubte auf einem Schiff durch die Luft gefahren zu sein, an einem Hause angeprallt und zerschellt zu sein, unter Seeräuber gerathen zu sein, wo ihm der Kopf abgeschlagen wurde — er hatte längere Zeit das Gefühl, als ob der Kopf vom Rumpfe getrennt wäre, und es schien ihm dicht oberhalb des Brustbeins eine Lücke zu bestehen —; ein anderes Mal glaubte er auf einer Kanonenkugel durch die Luft geflogen zu sein.

Er producirte weiterhin eine bunte Reihe von abnormen Empfindungen, äusserte, dass seine sämmtlichen Glieder verrenkt und vom Leibe losgelöst wären etc. Durch einige Tage soll er ausserdem eigenthümliche paraphasische Zustände dargeboten haben, über welche mir keine näheren Angaben vorliegen.

„Seiner Umgebung gegenüber offenbarte er ausgesprochenen Beachtungs-, Verfolgungs- und Vergiftungswahn.“

Seit Mitte Juli Nachlass der stürmischen Erscheinungen; nur noch zeitweilig aufgeregter; in solcher Erregung brachte er dann jedesmal schwere Anschuldigungen und Verfolgungswahnideen namentlich in Bezug auf Arzt und Wärter vor.

Am 3. November Aufnahme in Leubus.

Guter Ernährungszustand, vollkommen besonnene äussere Haltung; ist im Stande mündlich und schriftlich seinen Gedanken in gehöriger Ordnung Ausdruck zu geben, arbeitet mit Umsicht. Weiss, dass er krank war, hält sich aber jetzt für gesund; wenigstens im Kopfe sei er völlig klar. Seine

Stimmung ist aber keine zufriedene, wiewohl nicht immer gleichmässig „Das ganze Anstaltswesen“ gefalle ihm nicht. Zunächst kamen immer nur ähnliche allgemeine Aeusserungen, hinter denen sich die paranoische Eigenbeziehung zu verstecken pflegt. Endlich hat er doch unzweideutig ausgesprochen, dass die Anderen um ihn her über ihn sprechen oder vielmehr „es ihm zum Anhören geben“. „Namen werden zwar nicht genannt“, aber „es kann sich ja Jeder das Seine entnehmen“, „andere Kranke nicken wieder dazu“. „Ich kann mir schon denken, wie das steht“. Einmal hat er auch gesagt, er spüre es im Leibe.

So lag der Fall, als ich die Bearbeitung abschloss. Ich glaubte danach sagen zu können, dass nach den schweren und stürmischen Erscheinungen im Krankheitsanfange nichts zurückgeblieben sei als die charakteristiche Eigenbeziehung, wahrscheinlich vereinzelte abnorme Sensationen und nicht auszuschliessen, wenn auch vorläufig unerwiesen: Hallucinationen des Gehörs.

Da trat gestern — am 4. Dezember — eine Verschlimmerung ein. Pat. blieb auf eigenen Wunsch von der Arbeit zurück und im Bett. Der Kopf war kongestionirt, er sprach in leicht erregtem Tone. Von seinen Aeusserungen gebe ich folgende wieder: „Es geht mir jetzt gar nicht gut; ich spüre jede Person in den Beinen, in den Ohren, in den Augen — kurz, ich werde von allen Seiten beeinflusst.“ „Ich spüre jedes Gespräch, das hier geführt wird, so den da drüben (zeigt auf einen vor sich hinmurmelnden Paralytiker): den spüre ich hier im Bein, den Herrn Doctor spüre ich auch, — ich gebe mir alle Mühe, ich mache lauter Bewegungen, nur um Ruhe zu gewinnen; meine Nerven sind aber völlig zerrüttet; — das geht in die Sprache, in den Kopf und alle Nerven; dann die Unterhaltung über Speisen und Getränke, die spüre ich im Geschmack, ich werde davon angegriffen. Gerade wie beim Kartenspiel, wo man reizen thut; sie zielen auf mich los, um mich zu reizen und um mich zu Grunde zu richten. Unbedingt muss es nicht richtig sein, es muss alles einen Zusammenhang mit mir haben. Ich kann es nicht so preisgeben; meine Lage würde dadurch vielleicht noch verschlimmert werden; — ich kann es mir nicht zusammenreimen —“ . . „Sie machen so ein Gleichniss, als ob ich mir auf meine Person etwas einbilden sollte. Dadurch werde ich geschädigt, ich weiss das ganz genau. Sie sprechen bald laut, bald leise; manchmal sprechen sie auch nicht wirklich, sondern machen auch nur Zeichen, dass ich es errathen, es fühlen muss.“ . . . „Sie unterhalten sich immer, als ob ich der grösste Betrüger und Schwindler wäre“ . . . „sie sprechen zu einander ohne Namensnennung. Wenn ich bei der Arbeit so Erde auf die Karre warf, so sagten sie: „Hier hast du, das ist das Brot von mir . . .“ Weint.

Die Betrachtung dieses Falles legt nahe, denselben zu Gunsten der Meynert'schen Theorie zu verwerthen. Doch giebt es andere Fälle, in denen bei lebhaftester Eigenbeziehung hypochondrische Sensationen fehlen oder doch sicher nur sehr wenig intensiv sind und wieder andere, in denen ein umgekehrtes Verhältniss besteht. Ich möchte deshalb alles Theoretischez unächst aus dem Spiele lassen und auch vorhin habe ich theoretische Erwägungen nur vorgeführt, weil dieselben mir zur Verständigung und zur Würdigung des klinischen Standpunktes zweckdienlich zu sein schienen.

Was nun den zuletzt geschilderten Fall betrifft, so ist derselbe, wie Sie gesehen haben, noch nicht abgelaufen. Die Prognose muss, wie ich glaube, als zweifelhaft bezeichnet werden. Es kann sich eine chronische Wahnbildung anschliessen, es kann zu einer schweren Exacerbation des stürmischen Stadiums kommen, es ist auch die Genesung keineswegs ausgeschlossen.

Darin aber, hoffe ich, werden Sie mit mir übereinstimmen, dass derselbe mit den beiden ersten Fällen in den wesentlichen Zügen des Krankheitsbildes eine vollkommene Analogie zeigt, in den wesentlichen Zügen, in welchen ich eben das Charakteristische der Paranoia acuta erblicken möchte, dass nach einem akuten Eingangsstadium, in welchem alle möglichen Gebiete psychischer Thätigkeit krankhaft ergriffen sich darstellen können, einzig und allein das pathologische Symptom der paranoischen Eigenbeziehung und eventuell noch andere der Paranoia zugehörige Symptome durch mehr oder weniger lange Zeit zurückbleiben.